

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

342

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges WILLIOT

Né le 5 juin 1911, à Poitiers (Vienne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INVAGINATION ILÉO-ILÉALE
CHEZ L'ADULTE

Président : M. LENORMANT, Professeur.

F. SOULISSE-MARTIN

IMPRIMEUR — NIORT

==== 1940 =====

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges WILLIOT
Né le 5 juin 1911, à Poitiers (Vienne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INVAGINATION ILÉO-ILÉALE
CHEZ L'ADULTE

Président : M. LENORMANT, Professeur.

F. SOULISSE-MARTIN
IMPRIMEUR — NIORT
===== 1940 =====

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgi- cale.	HAGUENAU.....	Pathologie médicale.
BARIÉTY.....	Pathologie médicale.	HALPHEN.....	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BERNARD (ETIENNE).	Pathologie médicale.	JOANNON.....	Hygiène.
BESANÇON (JUSTIN) .	Hydrologie.	LACOMME.....	Obstétrique.
BONNET.....	Bactériologie.	LANTUÉJOUL...	Obstétrique.
BOULANGER.....	Chimie.	LAVIER.....	Parasitologie.
BOULIN.....	Pathologie médicale.	LELONG.....	Pathologie médicale.
BROUET.....	Pathologie médicale.	LEMAIRE.....	Pathologie expéri- mentale.
BULLIARD.....	Histologie.	LENÈGRE.....	Pathologie médicale.
CACHERA.....	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY.....	Pharmacologie.
CORDIER.....	Anatomie.	MARCHAL.....	Pathologie médicale.
COSTE.....	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
COUVELAIRE (ROGER).	Urologie.	MOLLARET.....	Pathologie médicale.
DELARUE.....	Anatomie pathologi- que.	MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
DELAY.....	Pathologie médicale.	PATEL.....	Pathologie chirurgi- cale.
DEGREZ (H.).....	Physique.	PETIT-DUTAILLIS...	Pathologie chirurgi- cale.
DESOILLE.....	Médecine légale.	RENARD.....	Ophtalmologie.
DIGONNET.....	Obstétrique.	RICHET.....	Physiologie.
DOGNON.....	Physique.	SÈNÈQUE.....	Pathologie chirurgi- cale.
FEVRE.....	Pathologie chirurgi- cale.	SICARD.....	Pathologie chirurgi- cale.
FUNCK-BRENTANO..	Pathologie chirurgi- cale.	SOULIE.. . . .	Pathologie médicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.	SUREAU.....	Obstétrique.
GARCIN.....	Pathologie médicale.	TURPIN.....	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS...	Anatomie pathologi- que.	WILMOTH.....	Pathologie chirurgi- cale.
GAYET.....	Physiologie.		
DE GENNES.....	Pathologie médicale.		
GIROUD.....	Histologie.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.	LE LORIER.....	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
HEITZ-BOYER....	Pathologie chirurgi- cale.		

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent :

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER..		De GAUDART	
DONZELOT....		d'ALLAINES	
DUVOIR.....		LEVEUF.....	
GASTINEL....		MOULONGUET.	
HUGUENIN. ...		MOURE.....	
LAROCHE(G.)..		QUÉNU.....	
LIAN.....			
MOREAU.....			
PIÉDELIÈVRE..			
SÉZARY... ..			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.	
VIGNES.....	

V. — Chargés de cours :

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé....	Education physique.
LEDoux-LEBARD... ..	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance pour tous les
sacrifices qu'elle s'est imposés
en ma faveur.*

A MA TANTE

*Que je remercie, du fond du
cœur, de tout ce qu'elle a
fait pour moi.*

A MA FEMME

*Qui m'apporte un si précieux
réconfort dans les jours
pénibles que nous traversons.*

A MON FRÈRE

*En témoignage de ma vive
affection.*

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

Tous mes remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENON

Associé national de l'Académie de Chirurgie,
Chirurgien de l'Hôpital de Niort,

*Qui m'a inspiré ce travail et
fait apprécier son brillant
enseignement.*

*Je lui exprime toute ma gra-
titude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SAINT-PAUL

Médecin du Sana-Hôpital de Niort,

*En souvenir de si profitables
et si agréables leçons cli-
niques.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAIDY

*Toute ma sincère reconnais-
sance.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS JOUBERT, LAFFITTE,
LAROCHE, MAUPETIT, GODILLON

Médecins de l'Hôpital de Niort.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer récemment à l'Hôpital de Niort, parmi les malades du docteur Renon, un cas d'invagination intestinale, iléo-iléale, de l'adulte.

On sait que l'invagination intestinale de l'adulte est le plus souvent iléo-cæcale. Nous écarterons de notre sujet tout ce qui concerne cette forme, mieux décrite.

D'autre part, on oppose généralement l'invagination de l'adulte à celle du nourrisson, cette dernière étant aiguë, tandis que la première serait chronique. Nous nous efforcerons de montrer que si l'on ne considère que l'invagination du grêle chez l'adulte, cette réputation de chronicité est abusive.

En recherchant dans la littérature médicale les publications ayant trait à l'invagination iléo-iléale de l'adulte, nous avons pu recueillir 17 observations que nous allons rapporter à la suite de la nôtre. De cet ensemble, nous essayerons de dégager les signes cliniques propres à cette maladie, puis d'en définir le traitement après avoir recherché quel parti on peut tirer de la radiologie pour l'élaboration du diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — M. G... entre à l'Hôpital de Niort le 25 décembre 1939, dans le service du docteur Renon. Envoyé d'urgence, avec le diagnostic d'occlusion probablement par invagination, par le docteur Goupille, de la Forêt-sur-Sèvre.

Le malade accuse des douleurs sous forme de coliques depuis dix jours. A été réformé pour pleurite.

Depuis vingt-quatre heures, la douleur est beaucoup plus intense. Le malade ne va plus à la selle, ne fait plus ses gaz et a des vomissements importants.

A l'examen, on sent de suite dans l'hypogastre, à droite, une masse grosse comme une orange, lisse, peu douloureuse, semblant mobile. On décèle facilement du clapotis intestinal.

Le diagnostic d'occlusion du grêle étant évident, l'état général du malade commençant à décliner, on intervient immédiatement.

Anesthésie rachidienne, à la percaïne (à la demande), suivant la technique décrite par Laffitte dans la thèse de Godillon. Le malade étant assez nerveux, dès l'incision de la paroi, on est obligé de compléter par une légère bouffée de chloroforme.

Dès la laparotomie, on trouve des anses grêles dilatées et la tuméfaction qu'on sentait est constituée par

une anse grêle qui ressemble à un gros boudin incurvé et tordu. La partie inférieure de cette anse est aplatie et on sent nettement que l'anse est remplie par un boudin d'invagination.

On se reporte vers la partie supérieure et on voit au ras du mésentère une anse aplatie pénétrer dans l'iléon. En appuyant sur la tête de l'invagination, il est impossible d'arriver à la mobiliser.

On décide une résection. Elle porte au-dessous de la limite de l'invagination et emporte un coin en V du mésentère.

On fait une suture bout à bout en deux plans. Le mésentère est soigneusement suturé sur les deux versants.

Les sutures terminées, il y a une parfaite continuité intestinale; aussi on referme la paroi sans drainage.

Les suites sont très simples. Le malade va à la selle au bout de quarante-huit heures, il se lève au bout de dix jours et sort le 10 janvier 1940.

Examen des pièces : Il s'agit d'une invagination iléo-iléale typique. On ne trouve aucune tumeur au niveau de la tête de l'invagination, ayant pu donner naissance à celle-ci.

OBSERVATION II (*Lejars*). — G. L..., cinquante-trois ans, entre à l'Hôpital Saint-Antoine le 24 octobre 1922, pour crises douloureuses abdominales.

Le début remonte à un mois. Après une période d'amaigrissement et de perte d'appétit, une douleur violente est apparue dans l'hypocondre gauche et l'épigastre; la crise n'a duré que quelques minutes.

Depuis cette époque, les crises douloureuses se sont reproduites, sans horaire fixe, plusieurs fois par jour,

s'accompagnant de constipation croissante avec ballonnement du ventre. Le malade a réduit son alimentation; depuis trois semaines, il se nourrit de lait. Depuis huit jours, les crises plus violentes l'ont obligé à s'aliter. Actuellement les douleurs sont subintrantes, empêchant même le sommeil. Toujours subites dans leur apparition, elles occupent d'abord la région lombaire gauche, avec irradiation rapide à tout l'abdomen. Elles cessent en quelques minutes, avec bruits de glou-glou et borborrygmes. Entre les crises très fréquentes, accalmie complète. Constipation. Jamais de débâcles diarrhéiques. Pas de nausées, ni de vomissements; les selles sont normales. Amaigrissement de 12 kilogrammes.

Examen : Abdomen météorisé. La palpation ne révèle rien d'anormal. Le tubage de l'estomac, pratiqué à jeun et après repas d'épreuve, n'a rien montré.

Examen radioscopique : Estomac petit horizontal; striction à l'union du côlon descendant et du côlon pelvien.

Intervention pratiquée le 14 novembre 1922 : Anesthésie générale au mélange chloro-alcool. Incision médiane sous-ombilicale; on trouve un cancer de l'intestin grêle, du volume d'une petite mandarine, avec courte invagination de 6 à 7 centimètres; l'invagination est fixée; sa réduction est impossible.

Le mésentère est infiltré par le processus néoplasique; des ganglions sont perçus à distance, au niveau de sa racine. La propagation des lésions contre-indique la résection; on pratique une iléo-iléostomie, sans exclusion.

Suites opératoires bonnes; le malade sort guéri le 8 décembre.

Il n'a pas été revu depuis cette époque.

OBSERVATION III (*J. Voncken*). — M^{me} B..., soixante-deux ans, est amenée à la clinique avec des douleurs intestinales violentes, des vomissements, un léger météorisme. Le début des accidents remonte à trente heures; brusquement, en pleine santé, violentes douleurs accompagnées de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Depuis ce moment, aucune émission de gaz, ni de selles.

Le malade n'a aucun passé gastrique ou intestinal. L'examen du ventre ne montre pas de points douloureux nets; de temps en temps, de violentes crises douloureuses sont signalées. Le médecin (docteur Quinten), qui a vu la malade vingt-quatre heures après le premier accident, signale qu'il a perçu une matité dans le flanc droit. Actuellement (trente heures), nous mettons en évidence une matité dans le flanc gauche.

Toucher rectal : Rien à signaler; pas de sang.

Toucher vaginal : On a l'impression de toucher une masse mobile vers le cul-de-sac gauche, qui ne paraît avoir aucune connexion avec les annexes. Dans le flanc gauche, on sent également une tumeur mobile peu nette.

L'état de la malade est bon : pouls, 100, bien frappé.

Diagnostic : Volvulus ou invagination.

Opération : Anesthésie au mélange de Schleich à l'appareil d'Ombrédanne. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Un peu de liquide dans le péritoine. Quelques anses grêles dilatées rouges sortent par la plaie; on aperçoit bientôt des anses affaissées. A la limite entre les deux, on trouve une masse rouge sombre, qui est attirée hors de l'abdomen : c'est une invagination grêle-grêle.

Des invaginations très aisées portant sur 15 à 20 centimètres de grêle. A peine a-t-on lâché l'anse intestinale,

qu'on voit se produire de nouveaux mouvements péristaltiques; l'invagination se produit à nouveau. Le palper de cette région fait percevoir la présence d'un corps étranger dans la lumière intestinale. On voit d'ailleurs à ce niveau dans la séreuse une petite étoile cicatricielle saillante. Il semble qu'on ait affaire à une tumeur pédiculée. Résection intestinale de 15 centimètres. Suture bout à bout. Guérison.

Examen de la pièce : Il s'agit d'un diverticule de Meckel, retourné en doigt de gant et présentant des phénomènes inflammatoires qui le faisaient ressembler à une tumeur solide (examen pratiqué par le professeur Firket, de Liège).

OBSERVATION IV (*Bachy*). — Il s'agit d'un homme âgé de quarante-sept ans. Le 7 juillet 1936, à la suite d'une indigestion causée par un trop copieux repas, en particulier par l'absorption d'un plat de champignons, il présente des phénomènes abdominaux inquiétants : arrêt des matières et des gaz, faciès grippé, mauvais état général, dont on fait une intoxication ou un empoisonnement.

Au bout de quelques jours, les phénomènes s'amendent. Le malade se met à un régime très restreint.

Mais, le dixième jour, un tableau clinique complet grave d'occlusion intestinale aiguë portant sur le grêle s'installe.

Après un examen radioscopique, sans préparation, démonstratif d'une occlusion aiguë sur le grêle (mais dont on ne voit pas de boudin), je pratique une laparotomie médiane et je trouve une énorme invagination d'intestin grêle. La portion invaginée est grosse comme une bouteille de vin de Bordeaux, et cette invagination

s'est tordue sur le mésentère, réalisant trois tours de spire.

On essaie de détordre et de désinvaginer. Les manœuvres ne sont pas possibles. On pratique la résection de l'anse et on fait une suture bout à bout.

Les suites sont d'abord très simples. Le malade est bourré de sérum salé sous la peau. On lui fait du sérum de Gosset intraveineux. Mais les phénomènes d'intoxication stercorémique réapparaissent, le pouls s'accélère et le malade meurt trois jours après avec des signes de collapsus.

Le segment invaginé avait une longueur totale de 22 centimètres; 60 centimètres d'intestin grêle étaient invaginés ainsi. Il y avait peu de liquide dans la cavité péritonéale; il n'y avait pas de ganglions. L'intestin avait été ouvert dans toute sa longueur; les parois adhéraient solidement. Aucune apparence de tumeur. La muqueuse, la sous-muqueuse et la musculuse étaient parfaitement infiltrées d'un jus noir violacé.

D'après l'aspect du mésentère, le volvulus était beaucoup plus récent que l'invagination. Il n'y avait aucune adhérence.

Rien, dans les antécédents de ce malade, ne donne l'explication de cette invagination.

OBSERVATION V (*Petrowitch* et *Davidowitch*). — Depuis quelques mois, le malade sent des douleurs dans le ventre, surtout au-dessus de l'ombilic. Il était examiné par plusieurs médecins, et on l'a radioscopie. Le résultat de tous ces examens montrait qu'il s'agissait d'un ulcère de la petite courbure de l'estomac. A la radioscopie, on a trouvé un estomac biloculaire comme conséquence d'un ulcère de la petite courbure.

Le 29 janvier 1921, vers minuit, le malade a été pris brusquement de douleurs violentes dans le ventre avec vomissements, et on l'a transporté, vers 7 heures du matin, à la clinique chirurgicale, avec le diagnostic vraisemblable d'un ulcère gastrique perforé.

A l'examen du malade, on trouve le ventre ballonné, partout très sensible, en particulier dans les environs de l'ombilic. Défense musculaire pas très prononcée. Pouls, 132.

Opération : Anesthésie à l'éther (à l'appareil d'Ombredanne). Laparotomie sus-ombilicale médiane. L'estomac a été trouvé peu dilaté. On ne trouve aucun ulcère gastrique duodénal. Au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal, l'intestin grêle était très dilaté et, à une distance de 1 mètre environ de cet angle, se trouvait une tumeur qu'on sortait facilement en dehors du ventre. Il s'agissait là d'une invagination du grêle longue de 50 centimètres. On pratiqua la désinvagination qui n'était pas très difficile. Vu l'état précaire du malade, dont le pouls était à peine perceptible, on dut renoncer à une intervention plus longue. Ventre fermé en trois étages.

Suites opératoires : 2 février. Pouls, 130; vomissements bilieux et fécaloïdes. Dans la région de l'hypogastre, on palpe, malgré le ballonnement, une tumeur longitudinale de consistance dure et peu sensible. On pratique le lavage de l'estomac à plusieurs reprises et des lavements profonds plusieurs fois.

3 février. Pouls, 140, très faible, vomissements fécaloïdes plusieurs fois.

4 février. Décès.

Autopsie (professeur Joannowics) : Examen macroscopique de la pièce. Après fixation dans la formaline, la pièce montre : un cylindre externe, le collier d'invagi-

nation qui est formé par la réfection du cylindre externe devenant cylindre moyen. Après l'incision de la paroi externe, on voit le boudin d'invagination. Le boudin est constitué par le cylindre moyen, qui est formé aux dépens de 40 centimètres de l'intestin grêle, qu'on voit par la face externe (muqueuse), lissée; le boudin est libre dans le cylindre externe.

Après l'incision du cylindre moyen, on voit le cylindre interne. Le cylindre interne représente la suite du jéjunum qui mesure, comme le cylindre moyen, 40 centimètres; il est plein et compact. Cylindre moyen, cylindre interne, sont opposés par leur face externe, séreuse.

A la tête de l'invagination, on voit une tumeur de la grosseur d'une grande noix. Polype de l'intestin.

OBSERVATION VI (*Petrowitch et Davidowitch*). — 1^{er} juin 1932. Antécédents : les parents, ainsi que deux frères, en bonne santé. Jusqu'à présent, aucune maladie grave; à noter des coliques abdominales les mois derniers.

Le 29 avril, il ressentit brusquement une douleur violente dans la région ombilicale accompagnée de vomissements. Cette douleur augmentait d'une façon paroxysmique, de façon que le malade fut dirigé à l'Hôpital dans la nuit, entre le 31 mai et le 1^{er} juin, soixante heures après le début des douleurs.

Etat actuel : Ventre ballonné, très sensible à la palpation dans toute son étendue. Défense musculaire très prononcée; douleurs maxima dans l'hypocondre gauche, moins prononcée dans l'épigastre et du côté droit. Pouls, 120.

Opération : Anesthésie à l'éther (appareil d'Ombredanne).

Incision de Mac Burney dans la région iléo-cæcale. Le cæcum et l'appendice ne présentaient aucune modification pathologique. Dans la cavité abdominale, il y avait du liquide séro-sanguinolent. Fermeture du ventre, mèche de gaz vers le cæcum.

Puis on fait une incision para-rectale gauche dans la longueur de 10 centimètres; on fait la ligature de l'artère et de la veine épigastrique. On ouvre le péritoine, d'où sort du liquide séro-sanguinolent. Les anses grêles dilatées et congestionnées. Après l'extériorisation des anses grêles, on trouve l'invagination grêle-grêle portant sur 50 centimètres de l'intestin, à 1 mètre de distance du segment iléo-cæcal. On pratique la désinvagination qui est assez laborieuse; on trouve, sur l'intestin déroulé, un segment d'intestin d'environ 10 centimètres, dont la paroi est épaissie, turgescente et très altérée.

L'intestin déroulé montre, par endroits, des taches de sphacèle. On pratique la résection d'environ 1 mètre du grêle et on fait l'anastomose termino-terminale; puis on ferme la brèche mésentérique, fermeture de la paroi du ventre en trois plans.

Suites opératoires : 1^{er} juin. Etat général satisfaisant; pouls, 120, faible; miction spontanée. Thérapie : injection intraveineuse de glucose deux fois par jour à 20 centimètres cubes (40 %). Sérum physiologique sous-cutané, 1.000 centimètres cubes.

2 juin. Pouls, 128; était général grave; vomissements bilieux et fécaloïdes, porracés.

3 juin. Pouls qui file, ballonnement du ventre, état général collabé.

Décès.

Examen macroscopique de la pièce : L'intestin désinvaginé et réséqué mesure à peu près 1 mètre. On voit sur

la face externe de l'intestin, par endroits, des taches de sphacèle. A l'extrémité distale, qui formait la tête de l'invagination, la paroi de l'intestin est épaissie et très altérée sur une étendue de 10-12 centimètres.

L'examen anatomo-pathologique du segment d'intestin épaissi et enflammé montre : la muqueuse de l'intestin est complètement nécrotique et infiltrée par un grand nombre de leucocytes polynucléaires; dans la sous-muqueuse, des hémorragies étendues; le plan musculaire nécrotique est infiltré par un grand nombre de leucocytes. La séreuse est couverte par un grand nombre de leucocytes avec fibrine.

OBSERVATION VII (*Petrowitch et Davidowitch*). — Au mois de mai 1922, dysenterie; au mois de mai 1923, opérée d'appendicite. Au mois de mai 1926, elle a ressenti brusquement des douleurs du côté droit du ventre, avec vomissements et du sang dans les selles. Elle a été transportée à l'Hôpital où elle restait deux semaines, puis elle rentrait chez elle. A la maison, elle restait au lit, et sentait pendant deux mois des douleurs, surtout autour de l'ombilic. Le 4 août, elle fut transportée de nouveau à l'Hôpital pour l'intervention.

Etat actuel : Ventre ballonné, défense musculaire du côté droit et au-dessous de l'ombilic; on voit, sous la paroi, des contractions intestinales dans les environs de l'ombilic.

Diagnostic : Sténose de l'intestin grêle.

10 août. Laparotomie. Sur l'intestin grêle (iléum), à un demi-mètre du segment iléo-cæcal, on trouve sur l'intestin une cicatrice circulaire. On fait la résection

(15 centimètres de l'intestin grêle) et après on pratique l'entéro-anastomose termino-terminale. Guérison.

Examen macroscopique de la pièce correspondant à l'endroit de la cicatrice sténosante de l'intestin grêle : On voit sur la muqueuse une ulcération. En amont de l'ulcération, on trouve une tumeur invaginée. C'était le diverticule de Meckel inversé et invaginé, entraînant l'intestin en bas vers la sténose.

Examen anatomo-pathologique : L'ulcération est de nature tuberculeuse.

OBSERVATION VIII (*Petrowitch et Davidowitch*). — Invagination de l'intestin grêle (iléum) causée par le spasme de l'intestin, provoquée par l'*ascaris*, chez un homme de vingt-deux ans.

11 juin 1927. Le malade tombe ce jour de cheval; depuis ce temps-là, il sent des douleurs très fortes dans le ventre, qu'il sentait déjà depuis quelques jours, elles n'étaient pas très accusées.

Etat actuel : Fracture du radius gauche.

Abdomen : Partout très sensible à la palpation, mais en particulier dans les environs de l'ombilic. Défense musculaire très prononcée sur toute l'étendue de l'abdomen.

La région du cæcum moins sensible, pas de vomissements; pouls, 76; température, 37°2.

Diagnostic : Appendicite perforée.

Opération : Anesthésie lombaire à la tropacocaïne.

Appendicectomie (appendice non altéré). On trouve, sur l'intestin grêle (iléum), une invagination portant sur à peu près 10-12 centimètres. Désinvagination. On palpe dans l'intestin un corps étranger. On pratique l'entéro-

tomie et on en extrait un ascaris très long, suture de l'intestin. Guérison.

OBSERVATION IX (*Cavienti*). — Homme de quarante-sept ans, souffrait depuis trois ans de douleurs abdominales violentes avec débâcle diarrhéique.

Opéré au cours d'un épisode d'occlusion.

On résèque 30 centimètres d'intestin grêle sur la dernière anse iléale, à 2 centimètres du cæcum. Cette anse paraissait contenir une tumeur qui avait profondément modifié l'aspect de l'intestin. Anastomose termino-terminale. Guérison normale.

Cause de l'occlusion : Diverticule de Meckel invaginé en doigt de gant dans la lumière intestinale. Il se dirigeait à contre-courant, sa portion libre tendant à remonter dans le grêle. Ceci formait une véritable valvule, cause de l'occlusion épisodique.

OBSERVATION X (*Crousse et Gillet*). — Il s'agit d'un léiomyosarcome de l'intestin grêle ayant entraîné une invagination aiguë chez un homme de trente-deux ans. L'état de l'intestin commande une résection de 80 centimètres de grêle. Décès.

La tumeur d'aspect encéphaloïde s'implante par un pédicule large sur la paroi intestinale dont elle obture la lumière. L'aspect polypeux du sarcome du grêle est exceptionnel.

OBSERVATION XI (*Takachima*). — Femme de quarante-trois ans. A l'occasion de chacune de ses grossesses, a remarqué une tumeur mobile à droite de l'ombilic qui disparaît après l'accouchement.

A la fin de la septième grossesse, crise douloureuse

épigastrique; arrêt de matières, ballonnement, ondulations péristaltiques. Ces phénomènes cessent au bout de quinze jours, après des vomissements vert noirâtre et de la diarrhée noirâtre.

L'année suivante, crise analogue; on se décide à intervenir.

On trouve une invagination de 10 centimètres vers le milieu de l'intestin grêle. La désinvagination est impossible, à cause des adhérences. Résection et anastomose termino-terminale. Guérison.

Pas de tumeur; il semble que la tête de l'invagination se soit éliminée spontanément.

OBSERVATION XII (*Capitolo*). — Un homme de quarante-quatre ans présente depuis un mois des douleurs abdominales violentes, de la tension douloureuse dans la région épigastrique après les repas. Constipation; matières noirâtres contenant du sang. En outre, des vomissements se produisent à chaque ingestion alimentaire.

L'opération montre une invagination intestinale sur une longueur de grêle de 20 centimètres située à 10 centimètres en amont de la valvule iléo-cæcale. Malgré la désinvagination facile, on fait une résection de la partie malade, puis une anastomose circulaire iléo-iléale. Guérison.

La cause de l'invagination est un fibrome fortement œdématié, riche en cellules; son diamètre de 3 centimètres; il est complètement revêtu de muqueuse saine.

OBSERVATIONS XIII et XIV (*Déloyers*). — Les deux invaginations iléales guérissent par la résection du boudin et de l'anse invaginante.

La cause de l'invagination a été :

Pour la première, un diverticule de Meckel ;

Pour la seconde, un lipome du grêle.

OBSERVATION XV (*Camelot*). — Homme de soixante-cinq ans présente des accidents d'occlusion intestinale aiguë.

Il est opéré à la soixante-dixième heure, avec le diagnostic de volvulus du côlon sigmoïde. Ce diagnostic se base sur la constatation dans la région épigastrique d'une anse volumineuse partant de la fosse iliaque gauche, s'incurvant vers l'ombilic, puis descendant dans la fosse iliaque droite. L'anse est tendue et douloureuse du diamètre du poing.

A l'intervention, on constate qu'il s'agit d'une invagination iléo-iléale de 40 centimètres de long, impossible à désinvaginer par les manœuvres externes.

Réséction intestinale; anastomose termino-terminale en deux plans. Guérison simple.

L'examen de la pièce opératoire montre qu'il a été réséqué 1 m. 40 d'intestin grêle qui ne présentait aucune tumeur. Le malade a vécu encore quatre ans et est mort d'un accident analogue.

OBSERVATION XVI (*Camelot*). — Femme de soixante-huit ans présente, depuis un an et demi, des accidents à type de crises coliques. Elle est opérée d'urgence avec le diagnostic de volvulus du côlon sigmoïde.

On trouve une anse grêle volumineuse, dirigée transversalement de gauche à droite, qui présente une invagination intestinale rétrograde qu'on peut facilement réduire.

L'intestin désinvaginé ne semble pas présenter de lésion manifeste, mais, en le palpant avec soin, on sent

à travers la paroi une tumeur dont le siège correspond à ce qui était la tête de l'invagination.

Par entérotomie, on extrait la tumeur du volume d'une grosse noix dont la surface est lisse, de consistance dure, et qui est implantée sur le bord mésentérique par un pédoncule court et épais. Fermeture de l'intestin.

Suites opératoires simples. Guérison.

L'examen de la pièce montre qu'il semble s'agir d'un léiomyosarcome.

OBSERVATION XVII (*Godard*). — Garçon de vingt-cinq ans présente des malaises abdominaux coliques avec occlusion progressive, puis melæna. Malgré ces signes, le chirurgien ne fut appelé que le huitième jour.

Le diagnostic d'appendicite à forme occlusive est porté. On opère et on découvre une invagination iléale.

Résection; les deux bouts sont mis à la peau.

Mort le soir même.

La pièce montre que le boudin d'invagination est constitué au niveau de sa tête par un organe creux, le diverticule de Meckel.

Une invagination iléo-iléale fait suite à l'invagination diverticulaire.

OBSERVATION XVIII (*Gray et Kernohan*). — Une femme de trente-sept ans présente un syndrome d'occlusion chronique.

A l'intervention, on trouve une invagination de 8 centimètres de long, située à 35 centimètres au-dessus de l'angle iléo-cæcal.

Après réduction, on découvre une invagination d'un diverticule de Meckel.

Examen du diverticule : Adénocarcinome de la muqueuse à type gastrique.

SYMPTOMATOLOGIE

MODE DE DÉBUT

En abordant la symptomatologie de l'invagination iléo-iléale, il convient d'étudier son mode de début. Or, celui-ci est variable, et selon que la maladie commence par un syndrome bruyant, que l'évolution se montre rapide, ou qu'au contraire elle survienne progressivement, avec des signes moins intenses, on en conclut que l'invagination est aiguë ou chronique.

Dans la catégorie des invaginations du grêle aiguës, nous pouvons ranger les observations III, X et XV.

Dans la troisième, Vonckens relate qu'il a examiné à la trentième heure une femme ne présentant aucun passé pathologique et qui, en pleine santé, fut prise de douleurs violentes et de vomissements avec arrêt des matières et des gaz.

De même, dans l'observation X, il s'agit de manifestations occlusives aiguës. Les lésions intestinales observées par les auteurs, et qui nécessitèrent une importante résection, autorisent donc parfaitement la désignation employée.

Celle-ci s'applique encore au malade de Camelot (observation XV) qui, à la soixante-dixième heure, présentait déjà des altérations portant sur une longueur de 1 m. 40 d'intestin grêle.

Mais ce sont là des cas peu nombreux, où l'on assiste à l'apparition brusque d'un syndrome abdominal intense et rapide. Par contre, dans toutes les autres observations, l'évolution est plus lente. Sans doute l'attention du médecin ou du chirurgien est-elle encore attirée assez fréquemment par de violentes douleurs et des vomissements, voire par de la défense musculaire, mais ou bien on s'aperçoit à l'interrogatoire qu'une semblable alerte s'est produite auparavant, suivie d'amélioration, ou bien il s'agit d'un premier accès qui va s'amender pour être suivi peu après d'un second; de sorte qu'on est en présence de formes paroxystiques avec crises à répétition.

Une modalité particulière de ces formes est constituée par un début progressif et une évolution à bas bruit qui se poursuit jusqu'à ce qu'éclate une crise aiguë.

Examinons maintenant les observations qui répondent à ces types évolutifs.

La malade de Lejars (observation II) a commencé par se plaindre d'une douleur violente de l'hypocondre gauche et de l'épigastre, douleur qui a disparu au bout de quelques minutes.

Mais de semblables crises douloureuses se sont reproduites fréquemment, se rapprochant même à mesure que l'état général s'aggravait.

Les phénomènes abdominaux présentés brusquement par le malade de Bachy (observation IV), après avoir mangé un copieux plat de champignons, ont fait penser à une intoxication.

Bientôt les symptômes ont disparu jusqu'à ce qu'apparaisse, au dixième jour, un tableau grave d'occlusion intestinale aiguë du grêle. Là encore, il y a eu évolution en deux temps.

Dans l'observation VII, il s'agit d'une femme qui n'a été opérée que deux mois après le premier accès aigu, lequel avait conduit la malade à l'Hôpital.

A la suite de cette série d'invaginations iléo-iléales à début rapide et à crises répétées, examinons quelques cas d'invagination dont le début progressif n'en a pas moins été suivi de paroxysmes.

Le malade de notre maître Renon en est le type. Des douleurs insidieuses ont inquiété le malade une dizaine de jours avant son hospitalisation. Ces douleurs à forme de coliques n'ont pas rétrocédé pendant cette période; elles ont, au contraire, eu tendance à s'accentuer jusqu'au moment où elles prirent une acuité beaucoup plus grande. A ce moment, le médecin a soupçonné le diagnostic et a fait hospitaliser le malade.

Takachima (observation XI) a observé une femme

qui remarquait, à chacune de ses grossesses, une tumeur située à droite de l'ombilic. Ce n'est qu'à la septième grossesse que des complications bruyantes éclatèrent et l'intervention ne fut pratiquée que l'année suivante, à la suite d'une nouvelle crise.

Petrowitch et Davidowitch ont opéré un homme (observation V) dont l'invagination simula pendant quelques mois un ulcère gastrique, puis donna lieu à un épisode aigu d'ailleurs, puis pour une perforation d'ulcère.

Un autre malade des mêmes auteurs (observation VI) a vu sa violente crise douloureuse précédée de coliques abdominales qui se sont prolongées pendant plusieurs mois.

L'opération d'urgence de la malade de Camelot (observation XVI) a été pratiquée un an et demi après le début des crises de coliques.

Capitolo signale que son malade a pu supporter pendant un mois de fortes douleurs abdominales, et de la tension douloureuse de l'épigastre avant l'intervention (observation XII).

L'observation IX représente par excellence la forme restée longtemps chronique, puisque des douleurs suivies de débâcles diarrhéiques se produisaient depuis trois ans.

Nous voyons, d'après ce qui précède, que l'invagination iléo-iléale, après un début brusque ou progressif, évolue par paroxysmes plus ou moins bruyants.

SIGNES FONCTIONNELS

DOULEUR. — Des différents signes fonctionnels observés au cours de l'invagination du grêle, la douleur est celui dont l'importance prédomine nettement tant par sa constance que par son intensité.

Dans chacune des observations que nous avons sous les yeux, c'est la crise douloureuse qui a alarmé le malade, c'est elle qui a commandé l'intervention.

Essayons de préciser ses caractères.

Intensité et durée. — L'intensité est généralement grande, mais cette vive douleur n'est pas continue. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, qu'elle survient parfois brusquement pour rétrocéder assez vite, ou bien, qu'après avoir été supportable pendant plus ou moins longtemps, elle s'accroît rapidement.

L'évolution ultérieure montre que ce caractère paroxystique continue à se manifester. C'est là le signe important à rechercher : crises douloureuses répétées, paroxystiques, intenses. Dans l'intervalle de ces crises, l'accalmie est fréquente.

C'est ainsi que, par exemple, on nous dit, dans l'observation II, que la violence de la douleur empêchait le sommeil; dans l'observation III, on insiste encore sur l'intensité des phénomènes douloureux, ainsi que dans les observations V, VIII, IX, XI. Dans la suivante, le caractère paroxystique était très marqué.

Dans certains cas, le malade recherche certaines attitudes propres à le calmer, soit qu'il se courbe en deux ou qu'il se déprime fortement la paroi abdominale à l'aide des poings.

Siège. — Le siège de la douleur manque généralement de précision. Souvent il s'agit de coliques abdominales, comme dans les observations III et XII, de douleurs dans le ventre (observation V) ou de « douleur du côté droit du ventre » (observations VII). La localisation épigastrique existe cependant dans les observations II, XI; la localisation ombilicale dans les observations VI, VIII; la localisation dans l'épigastre gauche, enfin, dans l'observation II.

Irradiations. — Des douleurs dont le siège ne présente aucune fixité ne peuvent avoir d'irradiations constantes. Aussi ne faut-il pas s'étonner qu'elles se propagent dans tout l'abdomen (observation II) ou vers les lombes ou le testicule.

VOMISSEMENTS. — Les vomissements constituent le signe fonctionnel le plus fréquent observé après la douleur.

S'ils manquent complètement dans certains cas, comme dans l'observation II, où l'on n'a noté aucun vomissement ni même aucune nausée, ou dans l'observation VIII, la plupart du temps, ils affectent, au contraire, une importance assez grande. Ils peuvent

en effet être très abondants, c'est ce qui fut observé chez notre malade; ou très nombreux, c'est ainsi qu'ils se produisaient à chaque ingestion alimentaire dans l'observation XII.

Leur apparition est d'ordinaire précoce, pouvant devancer la crise douloureuse (observation IV); d'autres fois, ces deux symptômes sont concomitants et se reproduisent à chaque crise.

Quant à la nature des vomissements, elle peut ne donner lieu à aucune remarque intéressante. Au cours d'un accès aigu douloureux, on peut trouver des vomissements alimentaires; on ne s'en étonnera pas, en particulier si le début des accidents suit l'absorption d'un repas copieux, et encore moins si ce repas était composé de champignons, ainsi que le signale Bachy au sujet de son malade.

Les vomissements peuvent encore être bilieux (dans l'observation III, ils le deviennent après avoir été alimentaires) ou porracés ou noirâtres (observation XI).

De tels vomissements, observés tardivement, traduisent généralement l'occlusion intestinale ou la péritonite.

Signalons enfin qu'on a noté, au cours de l'invagination du grêle, des vomissements sanglants. Certains auteurs font de ce caractère un signe d'invagination haut située.

CONSTIPATION ET DIARRHÉE. — Ces deux symptômes, dans une certaine mesure opposés, peuvent néanmoins se voir sinon en même temps, du moins chez le même malade en alternance. C'est ainsi que, le plus souvent, après une période de constipation, se déclenche une véritable crise diarrhéique (observations IX et XI). La diarrhée fétide existe dans l'observation XII, sans constipation préalable.

Cependant, il convient d'ajouter que la constipation seule fait souvent partie du tableau clinique, comme chez notre malade et chez ceux des observations III, XII, XVII, XVIII.

Mais dans l'un ou l'autre cas (constipation isolée ou seule diarrhée), la notion d'évolution par crise que nous avons trouvée au sujet de la douleur existe ici de la même façon. Dans l'intervalle de ces accès de constipation ou de selles profuses, il n'est pas rare d'assister à des émissions normales.

Enfin les selles peuvent rester normales pendant toute la durée de l'affection (observation II, Lejars).

MELÆNA. — Le melæna est assez commun, mais la présence de sang dans les selles est assez discrète.

On la signale dans les observations VII, XI, XII, XVII.

Peut-être la recherche biologique du sang serait-elle plus souvent positive que la recherche directe.

SIGNES GÉNÉRAUX

Les divers troubles fonctionnels que nous venons de passer en revue, évoluant généralement pendant un certain temps, finissent par altérer l'état général.

Les troubles digestifs font que, par manque d'appétit ou par crainte des douleurs, le malade restreint son alimentation. Si cet état de choses se produit assez longtemps, l'asthénie, l'amaigrissement viendront assombrir le pronostic d'une intervention trop longtemps différée.

Le malade de Bachy (observation IV), qu'on lui a amené avec un faciès grippé et un très mauvais état général, n'a pu guérir.

SIGNES PHYSIQUES

On conçoit qu'en présence de signes fonctionnels souvent pauvres, la constatation de signes physiques caractéristiques serait d'un secours considérable pour l'élaboration du diagnostic.

Mais qu'allons-nous trouver de précis à l'examen du malade ?

MÉTÉORISME ET DÉFENSE MUSCULAIRE. — Le météorisme abdominal ou la défense musculaire souvent

signalés ne sont guère de nature à tirer le chirurgien d'embarras.

Le ballonnement est en effet chose banale qui confirmera le diagnostic d'occlusion, mais à une période avancée, sans fournir d'indications ni sur son origine ni sur son siège. Tout au plus fournira-t-il un renseignement de quelque valeur s'il est localisé, ce qui n'est d'ailleurs pas fréquent.

Quant à la défense musculaire, elle est plutôt de nature à induire en erreur si elle est précoce, en faisant penser à une lésion appendiculaire ou gastrique, et tardive, elle ne peut que confirmer une atteinte péritonéale et convaincre le chirurgien qu'il est trop tard pour agir.

CLAPOTIS INTESTINAL. — Si les symptômes précédents ne peuvent donner aucune précision sur la nature de l'occlusion, le clapotis intestinal, quand il existe, permet d'affirmer presque à coup sûr qu'on a affaire à une occlusion du grêle.

Le diagnostic n'est pas terminé, mais, nous le verrons, l'indication opératoire est posée. C'est à ce point de vue que ce signe est important et nous insistons sur sa valeur.

Dans notre observation, sa présence nous a dispensé de tout examen radiologique.

TUMEUR ABDOMINALE. — Plus intéressante sera la recherche et surtout la découverte de la tumeur abdo-

minale caractéristique. Malheureusement, celle-ci reste le plus souvent introuvable. Toutefois, il faut se souvenir qu'après plusieurs examens négatifs, elle peut apparaître à l'occasion d'une poussée douloureuse nouvelle.

Donc, sa perception peut être impossible, non seulement si elle n'existe pas au moment de l'examen, mais encore si elle est trop petite ou si la paroi est trop épaisse.

Notre malade présentait dans l'hypogastre, à droite, une masse de la grosseur d'une orange, lisse, peu douloureuse, semblant mobile.

Dans l'observation III, il a été perçu une masse mobile au toucher vaginal dans le cul-de-sac gauche, masse ne présentant pas de connexions avec les annexes. Dans le flanc gauche, elle était également perceptible à la palpation, mais avec peu de netteté. L'anse volumineuse révélée à la palpation a fait conclure, à Camelot, à un volvulus du côlon sigmoïde. C'est le volume considérable de la tumeur qui a été cause de l'erreur du diagnostic. Il s'agissait en effet d'une anse allant d'une fosse iliaque à l'autre, en s'incurvant vers l'ombilic.

Essayons de dégager les caractères que peut présenter la tumeur quand elle est perçue.

Siège. — Quel est son siège ? On doit la rechercher dans l'hypogastre ou autour de l'ombilic.

Parfois (observation XV), elle descend jusque dans les fosses iliaques. Dans un autre cas, elle avait son maximum de netteté dans un cul-de-sac vaginal.

Mobilité. — La mobilité est un élément important à connaître. Dans deux cas, elle était mobile. La mobilité active a été signalée, nous ne l'avons pas trouvée. Il s'agirait alors d'une tumeur perçue dans des régions différentes au cours d'examens successifs.

Propriétés physiques. — Attachons-nous à la recherche de ses propriétés physiques : nous avons trouvé une masse encore relativement petite, arrondie; mais, dans l'observation XV, la tumeur devenue énorme donnait l'impression d'un boudin cylindrique s'étendant transversalement jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Ces différences de dimensions correspondent à une évolution plus ou moins avancée.

La surface de la petite tumeur de notre malade était lisse. Il en était de même du boudin observé par Camelot.

La pression est peu douloureuse; nous avons relevé un cas cependant où la palpation provoquait de la douleur.

La percussion donne de la matité, distincte de la sonorité intestinale voisine.

Sa consistance est particulière, elle donne une sensation de résistance plus ou moins marquée; tantôt

non déformable, elle est quelquefois pâteuse. Au cours d'un même examen, pendant les paroxysmes, elle peut durcir sous les doigts et parfois s'animer de mouvements de reptation avec alternatives d'accroissement et de diminution de volume.

Ce caractère, en relation avec la musculature, est propre à la tumeur par invagination.

TYPES CLINIQUES

Les différents symptômes que nous venons d'analyser se groupent et évoluent dans la pratique de façons fort diverses.

La variabilité des types cliniques explique les difficultés du diagnostic.

Dans la forme aiguë, la moins fréquente, l'invagination se révèle brusquement chez un malade exempt de tout passé intestinal, par une douleur abdominale extrêmement violente, accompagnée de vomissements.

Le plus souvent, le tableau clinique sera, ou d'emblée ou très rapidement, celui d'une occlusion du grêle. L'examen mettra en évidence le clapotis avec ou sans perception de tumeur; si celle-ci existe, le diagnostic pourra être porté, sinon il faudra penser à d'autres causes d'obstacle au niveau du grêle.

Mais, dans certains cas, on aura affaire à un véritable syndrome péritonéal; en vingt-quatre, quarante-huit heures, le facies s'altère, prend l'aspect péritonéal; le pouls s'accélère. A la palpation du

ventre, uniformément ballonné et douloureux, on perçoit mal une zone d'empâtement diffus; exceptionnellement, on peut délimiter une tumeur. Si le diagnostic n'est généralement pas précisé, néanmoins l'intervention d'urgence s'impose.

Une crise d'appendicite aiguë ou de cholécystite, la perforation d'un ulcère gastrique ou duodénal, un étranglement interne, voire même une pancréatite hémorragique, ont pu être soupçonnés. Ailleurs, orientés par la notion d'une tumeur, on a pu songer au volvulus, à la torsion d'un kyste de l'ovaire.

Or, la laparotomie révèle l'invagination à laquelle personne n'avait songé.

D'autres fois, le tableau clinique n'apparaît pas immédiatement aussi grave. Les symptômes bruyants du début se sont calmés; dans les jours suivants, le malade présente une diarrhée abondante, avec quelques traces de sang. L'abdomen, d'abord tendu et douloureux, a repris sa souplesse, et la palpation reste négative. L'amélioration persiste, coupée de quelques crises douloureuses, avec alternatives de débâcles et de constipation. Puis, brusquement, quinze jours, trois semaines, un mois plus tard, les accidents reparaisent, accompagnés cette fois d'un véritable syndrome d'occlusion intestinale; l'examen révèle alors la présence d'une tumeur inattendue qui n'avait jamais été perçue jusque-là.

Enfin, et beaucoup plus souvent, l'évolution est plus

lente encore et se chiffre en mois, voire même en années. Les troubles digestifs se sont installés progressivement : la diarrhée ou la constipation prédominent. Les douleurs se sont accrues, et les crises deviennent de plus en plus fréquentes, malgré les purgatifs ou les lavements répétés. L'état général décline lentement et l'amaigrissement progresse. On a senti dans le ventre, à plusieurs reprises, une tumeur dont la mobilité même a dérouté le clinicien.

Longtemps, en effet, on a traité un tel malade pour des crises d'entérite ou d'entéro-colite, pour des accidents dysentériques. D'autres fois, on a attribué tour à tour la tumeur à la vésicule, au rein, à un gros foyer d'appendicite subaiguë; et devant la perte des forces et l'amaigrissement du sujet, on a pu incriminer un cancer caché du tube digestif, que les petites hémorragies occultes rendaient encore plus vraisemblable.

Tardivement, enfin, l'intervention est entreprise, aggravée parfois par une complication sévère, assombrie toujours dans son pronostic par l'état d'épuisement et d'intoxication du malade.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

De la lecture des observations rapportées au début de ce travail, il ressort que l'examen radiologique a été rarement pratiqué (deux fois seulement), et une fois seulement il a permis de conclure à une occlusion du grêle (observation IV, Bachy).

Sans doute, une telle recherche ne peut à elle seule donner la clef du diagnostic, mais nous allons voir que les renseignements qu'elle fournit ne sont pas négligeables.

Lorsque l'invagination se manifeste sous forme d'un syndrome abdominal aigu ou suraigu, on doit se préoccuper de faire un examen à vide qui, en montrant la présence de niveaux liquidiens, confirmera le diagnostic d'occlusion du grêle.

On s'en tiendra à cette recherche, étant donné le caractère d'urgence de la maladie.

Il reste les cas chroniques ou, plus exactement, les longues périodes d'évolution à bas bruit de l'invagination, où un examen plus complet pourrait être entrepris avec succès.

A cette période, en effet, outre la présence encore possible de niveaux liquidiens, on peut observer, après administration d'un repas opaque, un retard d'évacuation avec péristaltisme et antipéristaltisme très accentués.

En plus, des images d'obstacle seront parfois visibles sur le grêle.

TRAITEMENT

L'invagination iléo-iléale, abandonnée à elle-même, est une affection grave; la guérison spontanée par désinvagination ne doit pas être escomptée.

Par contre, traitée à temps, elle comporte un pronostic d'autant meilleur que l'intervention aura pu devancer le fléchissement de l'état général.

Le traitement chirurgical, seul de mise, devra s'adapter aux lésions constatées et à l'état de résistance du sujet.

L'anesthésie rachidienne à la percaïne, suivant la technique de Laffitte, nous semble devoir être préférée à l'anesthésie générale pour les raisons suivantes : état de shock généralement moindre, moins de complications pulmonaires; enfin, suppression de la poussée au cours de l'acte opératoire.

La voie d'accès la meilleure est certainement la voie médiane.

Après ouverture de l'abdomen et une fois la tumeur reconnue, il faut l'extérioriser, ce qui est possible, l'anse iléale ayant gardé sa mobilité.

Les rapports des différents segments intestinaux étant bien repérés, il faut faire le choix d'une technique. Pour cela, on doit faire état, en dehors de la résistance du sujet, de la possibilité ou de l'impossibilité de la désinvagination.

Celle-ci doit toujours être tentée. Si elle est possible et que l'intestin soit en état de vitalité parfaite, on peut s'en tenir là.

Mais on doit alors rechercher s'il n'existe pas de tumeur du grêle, cause de l'invagination, auquel cas elle serait enlevée par entérostomie ou entérectomie. Nous avons parmi nos observations deux entérostomies, l'une pour ablation d'une tumeur, l'autre pour extraction d'un ascaris, toutes deux suivies de guérison.

Lorsque la désinvagination a mis en évidence un intestin sphacélé ou lorsqu'elle a été impossible, la résection large en un temps est la méthode de choix.

Sans doute a-t-on préconisé la résection en deux temps avec ou sans iléo-transversotomie (Michon et Cadenat) et même la résection intra-intestinale du boudin, opération de Bouker, préconisée de nouveau par Delore et de Girardier, opération que Lecène ne rejette pas d'une façon absolue dans sa thérapeutique chirurgicale. Mais il apparaît bien que les résultats obtenus avec ces techniques ne sont pas très encourageants.

La résection en un temps suivie d'anastomose ter-

mino-terminale a été employée par le docteur Renon avec succès. De même dans neuf autres cas, où cette technique fut utilisée, on obtint la guérison. Dans trois cas, il est vrai, il faut signaler un échec. Mais si nous constatons qu'une simple désinvagination a été suivie de décès, les échecs nous semblent imputables plutôt au mauvais état général, à une intervention trop tardive, qu'à la technique de résection en un temps.

CONCLUSIONS

L'examen d'un malade atteint d'invagination iléo-iléale, dans le service du docteur Renon, nous a permis d'étudier cette affection rare.

Nous avons, à l'aide de cette observation et de celles que nous avons pu retrouver, tenté de décrire la maladie aux points de vue de la clinique, de la radiologie et du traitement. Nous avons abouti aux conclusions suivantes :

1° Après un début brusque ou progressif, l'invagination iléo-iléale évolue par paroxysmes plus ou moins bruyants vers des accidents d'occlusion aiguë.

2° La douleur est le signe fonctionnel le plus important à la fois par sa constance et par son intensité. Son caractère dominant est son évolution par crises plus ou moins fréquentes; entre celles-ci, il peut exister des périodes de calme absolu dont la durée varie de plusieurs heures à plusieurs mois.

3° Les crises douloureuses sont très souvent accompagnées de troubles digestifs dont les vomissements, les alternatives de diarrhée et de constipation, le melæna, sont les plus fréquents; ils évoluent également par poussées successives.

4° Le clapotis intestinal, signe important d'occlusion du grêle, sera fréquemment mis en évidence au moment d'un accès aigu.

Sa présence permet de poser l'indication opératoire.

5° La perception, quand elle est possible, d'une tumeur abdominale est d'un grand secours pour l'élaboration du diagnostic.

Cette tumeur, malheureusement inconstante, siège dans l'hypogastre ou autour de l'ombilic. Tantôt dure, tantôt molle, lisse ou bosselée, elle est mobile et présente parfois des mouvements actifs.

6° Dans les formes aiguës, l'examen radiologique pratiqué à vide montrera généralement des niveaux liquidiens caractéristiques d'une occlusion du grêle.

Pendant les périodes de rémission, un repas opaque pourra être administré avec fruit, en permettant de localiser un obstacle au niveau de l'intestin grêle.

7° Le traitement chirurgical sera institué le plus précocement possible, de préférence sous anesthésie rachidienne à la percaïne. La méthode choisie con-

sistera en une désinvagination quand elle est possible et que l'intestin a une vitalité suffisante, avec ablation de tumeur, s'il y a lieu, par entérostomie ou entérectomie. Si la désinvagination est impossible ou si l'intestin est spacélé, la méthode de choix est la résection large en un temps.

VU :

Le Doyen,

TIFFENEAU.

VU :

Le Président de Thèse,

LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BACHY. — Deux cas d'invagination intestinale chez l'adulte. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. 63, n° 32, séance du 1^{er} décembre 1937, pp. 1321-1326.)
- BROCQ. — Invagination intestinale de l'adulte. (*Journal de Chirurgie*, 1926.)
- CAPITOLO. — Invagination de l'intestin grêle par tumeur bénigne. (*Archivio per le scienze mediche*, vol. 62, fasc. 4, octobre 1936, pp. 393-413.)
- CAMELOT. — Deux cas d'invagination iléo-iléale chez l'adulte. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. 50, n° 23, 5 juin 1938, pp. 450-458.)
- CAVIENTI. — Occlusion intestinale rétrograde due à un diverticule de Meckel invaginé et retourné. (*Il Policlino*, Sezione Chirurgica, an. 42, 15 mai 1935, pp. 261-273.)
- CHAFFIN, MASON (V. R.) et GLEMONO (J. M.). — Invagination intestinale pendant la grossesse. (*Surgery Gynecology and Obstetris*, vol. 64, n° 4, avril 1937, pp. 811 à 820.)
- CROUSSE et GILLET (Bruxelles). — Invagination iléo-iléale par tumeur sarcomateuse du grêle. (*Journal belge de Gastro-Entérologie*, t. 3, n° 9, novembre 1935, pp. 719 à 723.)
- DELORE et DE RIGARDIER. — *Journal de Chirurgie*, t. 35, 1930, p. 641.
- DELOYERS. — Invaginations intestinales subaiguës de l'adulte. (*Le Scalpel*, 20 février 1937, pp. 234-245.)
- DONOSO. — Invagination intestinale. (*Boletín de la Sociedad de Cirugía de Chile*, an. IX, n° 18, 23 décembre, pp. 398-409.)

- DUROSELLE. — Quatorze cas d'invaginations intestinales. (*Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, t. LIX, n° 26, 22 juillet 1933, pp. 1158-1165.)
- FIOLLE, MONGES et LUCCIONI. — Invagination jéjunale par polype. Résection. Guérison. (Société de Chirurgie de Marseille, séance du 23 octobre 1933. *Bulletins et Mémoires de la Société*, t. VII, n° 8, octobre 1933, pp. 340-343.)
- FISKE (Philadelphie). — Intussuspection due à des tumeurs intestinales. (*Annals of Surgery*, vol. 106, n° 2, août 1937, pp. 221-229.)
- GERNEZ. — *Thèse de Paris*.
- GODARD. — Invagination iléale consécutive à l'invagination d'un diverticule de Meckel. (*Annales d'Anatomie pathologique médico-chirurgicale*, t. XIII, n° 3, mars 1936, pp. 371-374.)
- GODILLON. — Sur l'anesthésie à la percaïne. (*Thèse de Paris*, 1938.)
- GRAY et KERNOHAN (Rochester). — Un cas d'invagination de diverticule de Meckel associé à une dégénérescence de la muqueuse gastrique ectopique. (*Journal of the American Medical Association*, vol. 108, n° 18, 1^{er} mai 1937, pp. 1480 à 1483.)
- GUEULETTE. — *Thèse de Paris*.
- GRIDNER. — Contribution à l'étude de l'invagination intestinale. (*Archiv. für Klinische chirurgie*, t. CLXIX, fasc. 1, janvier 1932, pp. 107 à 113.)
- IAN (M. ON.) — Un cas rare d'invagination chez un adulte. (*The British medical Journal*, n° 3711, 20 février 1932, pp. 331-332.)
- KAARSTAD (Oslo). — Polypes de l'estomac et de l'intestin grêle (invagination de l'intestin grêle). (*Norsk magasin for laevedi denskaben*, an. XCIII, n° 5, mai 1932, pp. 495-498.)
- LECÈNE. — *Thérapeutique chirurgicale*, t. III, pp. 201 et 254.
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*, p. 442.
- MICHON et CADENAT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 2 février 1927, p. 131.
- MILROY (Colombo). — Invagination intestinale par diverticule de Meckel. (*British medical Journal*, n° 4079, 11 mars 1939, p. 504.)

- PETROWITCH et DAVIDOWITCH. — Sur quatre cas d'invagination d'intestin grêle. (*Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, t. LVIII, n° 27, 5 novembre 1922, pp. 1276-1283.)
- PODETTI-TURIN. — L'invagination intestinale; un cas de guérison spontanée. (*Minerva medica*, an. XXX, vol. I, n° 19, 12 mai 1939, pp. 410-412.)
- PRIM. — Considérations sur trois cas d'invagination iléo-iléale aiguë chez l'adulte. (*Revista de Cirurgia de Barcelona*, t. V, n° 30, juin 1933, pp. 515-522.)
- REMENTERIA. — Invagination intestinale par fibrome. (*Actas de la Sociedad de Cirurgia de Madrid*, t. I, fasc. 2, janvier-mars 1932, pp. 133-141.)
- TAKASHIMA (Tokio). — Sur quatre cas assez rares d'invagination intestinale. (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LXIII, n° 41, octobre 1936, pp. 2431-2437.)
- VONCKEN. — Invagination intestinale aiguë par diverticule de Meckel chez une femme de soixante-deux ans. (*Bulletins et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie*, t. LVIII, n° 2, 23 janvier 1932, pp. 49-62; rapport P. BROcq.)
-

F. SOULISSE-MARTIN, NIORT

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below

10M-5-45

--	--	--

H111 Paris. Faculté de
P232 médecine.
1940 Thèses. 108718
v.58

NAME

DATE DUE

